

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

**Studijní texty k předmětům *Základy krizové intervence*
*a Krizová intervence***
(část I.)

Dílčí výstup z projektu FRVŠ 2010 1620/2010/F5b; zak. 1707

Gabriela Slaninová

Obsah

1 Krize

- 1. 1 Mechanismus vzniku krize
- 1. 2 Symptomy krize
- 1. 3 Typologie krize
- 1. 4 Fáze krize

2 Krizová intervence

- 2. 1 Krizová intervence a psychoterapie
 - 2. 1. 1 Pecho Boyden terapie
- 2. 2 Edukační prvky v krizové intervenci

3 Průběh krizové intervence tváří v tvář a průběh telefonické krizové intervence

- 3. 1 Krizová intervence tváří v tvář
- 3. 2 Telefonická krizová intervence
 - 3. 2. 1 Provázení, vedení a efektivní komunikace v telefonické krizové intervenci
 - 3. 2. 2 Typy otázek v telefonické krizové intervenci

4 Trauma jako téma krizové intervence

- 4. 1 Akutní reakce na stres, vznik traumatu
- 4. 2 Trauma a traumatizace
- 4. 3 Faktory ovlivňující trauma
- 4. 4 Traumatogenní podněty
- 4. 5 Symptomy traumatu
- 4. 6 Síla versus zranitelnost, vnímavost, citlivost na podněty v kontextu s vývojovým traumatem
- 4. 7 Paměť u traumatu
- 4. 8 Téma přenosu a protipřenosu v kontextu traumatu

5 Psychohygienu krizových pracovníků a prevence syndromu vyhoření

6 Příklady témat z oblasti krizové intervence (modelové situace)

1 Krize

Krizi lze vnímat jako subjektivně ohrožující situaci v životě jedince (Vodáčková, 2005), nicméně kromě zmíněného spíše negativního náboje nese krize také potenciál změny. Z hlediska pozitivního přístupu nám krize nabízí možnost „otevřít jiné dveře“. Kastová chápe krizi jako tvořivý proces v životě jedince. (Kastová, 2000) Dále se na krizi můžeme podívat jako na zátěžový stav systému. Krize není nemoc, proto je v péči o klienta v krizi důležité nepatologizovat situaci a krizi respektovat jako momentální funkční stav. O krizi se dá říci, že měří spravedlivě každému člověku – nevyjímaje věkové, generové, kulturní, materiální či jiné rozdíly.

Klienti, kteří prochází krizí, přichází ke krizové intervenci nejen z různých důvodů, ale také v různém psychickém rozpoložení, s různými pocity, projevy chování, jsou rozdílně informovaní, individuálně nahlíží svoji aktuální situaci a setkáváme se u nich s různými reakcemi v tělové rovině. Předpokládáme, že krize zasahuje následující roviny osobnosti – rovinu kognice, emocí i tělovou a způsobuje napříč těmito rovinami disharmonii. Bohužel se v české společnosti setkáváme s tendencí „nálepkovat“ lidi v krizi. Kromě postoje, že jedince v krizi vnímáme jako agresora, nemocného, vzteklého, blázna (můžeme si zde představit celou plejádu nálepek pro jedince v krizi), míváme také názor, že je to slaboch – že se nedokáže se svojí situací „poprat“ a „jít dál“, že není statečný... Jistou souvislost můžeme pozorovat ve specifiku českého prostředí, kde se mimo jiné postupně vytrácejí tradice a rituály, které do jisté míry zabezpečovaly například prostor pro truchlení nad ztrátou blízké osoby. S odstupem času se naše společnost orientuje spíše výkonově a podat výkon znamená také být statečný a příliš dlouho se nezaobírat trápením.

To se nám dobře daří na kognitivní úrovni, racionálně dovedeme být silní – tady používáme vývojově nejmladší část mozku. Ovšem na ostatních dvou úrovních – v rovině emocionální a tělové – nejsme již většinou schopni se zcela opanovat a naše pocity a tělo si trápení připouští a také pamatuje, což znamená ve výsledném efektu to, že co si nevyřešíme, nezpracujeme a s ohledem na výše zmíněné například zracionalizujeme, vytěsníme nebo nahradíme něčím jiným, to zkrátka nezmizí a je to nadále naší součástí. (Levine, 1997) Tak se setkáváme v krizové intervenci například s tématy, která chronologicky zasahují do raných stádií vývoje dospělého klienta.

1. 1 Mechanismus vzniku krize

Setkáme-li se v životě se zátěžovou situací, která může směřovat ke krizi, máme přirozeně tendenci nějak reagovat, především se ubránit, zátěž zvládnout, obnovit porušenou harmonii a zamezit tak diskomfortu. K tomuto zvládnutí pro nás subjektivně náročné situace používáme tzv. coping mechanismy. Konkrétně se jedná o naše zájmy, přátelství, rituály, které máme rádi, smysl pro humor, jídlo, pití, sex... Jednak jsou tyto mechanismy krajové a potom se je učíme v rodině, od přátel a našich blízkých.

Je užitečné rozlišovat mezi zátěžovou situací a krizí – zátěžová situace nemusí nutně znamenat vznik krize. Zátěž je nepříjemná, ale netrvá tak dlouho, oproti krizi nemá takovou hloubku a intenzitu. To, zda přicházející podnět způsobí zátěž či krizi, nelze přesně určit, významnou roli zde hraje především osobnost jedince, aktuální situace, intenzita podnětu a další faktory. Platí pravidlo, že čím více máme za sebou zvládnutých zátěží během svého života, tím spíše zvládneme krizi. Přispívá k tomu ponejprv naše primární sociální skupina. Když vyrůstáme v rodině, kde naši rodiče dobře zvládají zátěž jako takovou, jsme méně ohroženi tím, že se naše zátěž prohloubí v krizi.

Pokud je podnět silnější než je běžná zátěž, kterou jsem schopni za pomoci využití coping mechanismů zvládnout, prohlubuje se náš diskomfort. V tomto případě buď vyhledáme odbornou pomoc a nebo máme tendenci zmnožit coping mechanismy a přesto se nedostaví zlepšení. V tomto druhém případě jsem více ohroženi pocitem marnosti, zmatku, ztráty smyslu a bezmoci – neadekvátně se snažíme a je nám hůře. V tomto okamžiku hovoříme o probíhající krizi.

1. 2 Symptomy krize

Z hlediska výše zmíněných rovin pozorujeme u klienta v probíhající krizi na úrovni těla například třes, zvýšenou tendenci se potit, ztrátu rovnováhy, tachykardii, dechové obtíže. Známkou toho, že se klientův stav lepší, je schopnost udržet rovnováhu, pravidelnější dýchání apod.

V rovině emocionální rozlišujeme reakci na krizi typu A a reakci typu B s rozdílnými projevy. První typ se vyznačuje zvýšeným zahlcením, paradoxním střídáním emocí a naproti tomu u druhého typu pozorujeme spíše tupou mimiku, na první pohled viditelné či jinak registrovatelné reakce nejsou téměř žádné. Při zlepšení klient stále pociťuje vztek, ale není to zavalující, dokáže pojmenovávat skryté emoce.

Na úrovni kognitivní se projevuje zmatek, protichůdné myšlenky, dezorientace v čase, prostoru... Ve fázi vyrovnávání se s krizí je klient schopen zhruba zmapovat to, co se stalo, zvažovat alternativy co teď bude následovat.

1. 3 Typologie krize

Podle Baldwina (Baldwin in Pasquali a kol., 1989) klasifikujeme krize následujícím způsobem:

- Situační krize
- Krize z očekávaných životních změn (tzv. tranzitorní krize)
- Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru
- Krize zrání, vývojové
- Krize pramenící z psychopatologie (krize v kontextu psychopatologie)
- Neodkladné krizové stavy

Jestliže se dostaneme do nepředvídatelného stresu, vlivem nějaké události, která nás silně zasáhne, pak hovoříme o situační krizi. Mezi takové události patří ztráta a její hrozba, změna a její anticipace a případně volba.

V rámci života jedince se můžeme setkat s tranzitorní krizí. Taková krize vzniká při překonávání překážek, které nám přirozeně život ve svém průběhu přináší.

Vnější stresory silné intenzity, které klient neočekává a nad nimiž nemá kontrolu, způsobují jedinci ochromení. Náhlým traumatizujícím stresem může být například náhlé úmrtí blízké osoby, přírodní katastrofy a hromadné neštěstí.

Pokud neproběhne zdárně tranzitorní krize, pak se často setkáváme s krizí zrání. To, co jsme v životě nevyřešili, vyřešili dočasně, v rámci této krize řešíme dodatečně.

Lidé, kteří jsou ohroženi duševním onemocněním, jsou zároveň více ohroženi vznikem krize. Jejich onemocnění jim přináší menší schopnost zvládat zátěž. Z tohoto úhlu pohledu se budeme setkávat s tématy směřujícími do raných stádií vývoje.

K neodkladným krizovým stavům řadíme akutní psychotické stavy, alkoholové nebo drogové intoxikace, suicidální tendence, nekontrolovatelnou agresi a zlost, panickou úzkost, některé disociativní stavy, stavy spojené s extrémním psychickým vypětím. (Vodáčková, 2007)

1. 4 Fáze krize

Podle Caplana (Caplan in Pasquali a kol., 1989) definujeme fáze krizového stavu:

- **Ohrožení** spojené se zvýšenou úzkostí
- **Pocity zranitelnosti a nedostatku kontroly** nad situací
- **Předefinování krize** spojené s naší schopností připustit si **pocity** a dělat **rozhodnutí**
- Závažná **psychologická dezorganizovanost** spojená s hlubokými kognitivními, emocionálními a psychologickými změnami

2 Krizová intervence

Krizová intervence spočívá v provázení klienta krizí. Hlavní náplní krizového pracovníka je bezpečná asistence propadu klienta na dno a zároveň asistence při drobných krocích klienta nahoru. Je třeba, abychom v rámci krizové intervence respektovali klienta v krizi do té míry, že ho krizí necháme projít. Často těsně před tím než klient padne na dno, vyhledá sám a nebo za něčí pomoci krizovou intervenci. Chybou je, když klienta nenecháme krizí projít – jestliže mu nedopřejeme spadnout na dno, nemá se odkud odrazit, aby mohl podnikat dílčí kroky ke zlepšení. Krizi můžeme utlumit a to znamená riziko opouzďení jádra krize a zároveň znemožnění krizí vůbec projít.

Důležitá je návaznost péče o klienta – kromě krizové intervence může být prospěšná psychoterapie jako návazná péče, případně poradenství. Krizová intervence se soustředí na akutní fázi klienta a klientova problému, ve chvíli, kdy klient „drží pohromadě“ a kdy by se nám s ním hezky pracovalo, zpravidla odchází z krizové intervence. Další péčí může být poradenství, které si v tomto kontextu klade za cíl především hledání kroků k úpravě systému a vnějšího světa, kde může klient dobře fungovat. Poradenství je více zaměřeno kognitivně, je řídnější než terapie (klient přichází například jedenkrát za 14 dní či za měsíc) a je zde prostor pro cvičení a zpětnou vazbu o tom, jak se klientovi daří. Terapie pak směřuje k zásadním vnitřním změnám v klientově osobnosti. Cílem může být prohloubení schopnosti klienta více si rozumět, být více konzistentní. Je třeba dodat, že do krizové intervence vstupují také další, více méně za obvyklých okolností nezvané služby, jako jsou různé sekty a podobně.

2. 1 Krizová intervence a psychoterapie

V rámci krizové intervence integrujeme prvky psychoterapeutických škol. Základními psychoterapeutickými směry, které při práci s klientem v krizi využíváme, jsou:

- Dynamická psychoterapie

- Rodinná či systemická psychoterapie
- Rogersovská psychoterapie

Kromě výše zmíněných směrů se v krizové intervenci využívají autoregulační a bodytherapeutické techniky, relaxace, biosyntéza a terapie zaměřené na práci s tělem – v posledních letech je to například Pesso Boyden Psychomotor System. (Vodáčková, 2007)

2. 1. 1 Pesso Boyden terapie

V Pesso Boyden terapii pracujeme se schématem E – A – I – S. E – energie, A – akce, I – interakce, S – satisfakce a smysl. Zaměřujeme se na tvorbu nové vzpomínky, na antidotum a sféru možností. Dostáváme korektivní zážitek, který jsme potřebovali, ale neměli jsme ho.

Dříve než jsme počati, zažíváme hojnost toho, co potřebujeme a to si neseme na svět tělově, emočně umocněné. Každý máme svoje neopakovatelné self – jehož součástí je ego a soul. Dítě chce zažít, jak to vypadá, když je nebe na zemi, zažívá uspokojení a blaho, ale někdy také bolest. Naši energii v životě věnujeme tomu, abychom se přiblížili blahu a vyhnuli se bolesti. Směřujeme k satisfakci, potřebujeme, aby to, co je kolem nás dávalo smysl. Během svého života více či méně uspokojujeme své potřeby – Pesso Boyden terapie klade důraz na následující potřeby:

- Potřeba místa
- Potřeba podpory
- Potřeba péče
- Potřeba bezpečí
- Potřeba limitu

Potřeba místa je pro nás důležitá ještě před tím než jsme počati. Záleží na tom, jaké místo zaujímáme v myslích, srdcích a v životě svých rodičů. První místo, které zažijeme v prenatálním vývoji, je děloha – ta naplňuje ideálně tuto potřebu. Zde jsme v bezpečí, ideálně krmeni atd. Přejdem z jednoho místa na druhé je pro nás porod, proto je velmi důležitá porodní a poporodní péče. V dětství pak vstřebáváme různé dojmy z toho, že někde a k někomu patříme a je dobré, když je vše kolem nás v pořádku. Pokud tomu tak je, neseme si do života zprávu, že svět je dobré místo pro život a pro nás. Ve svém důsledku se lépe adaptujeme na změny a přenášíme toto na další generaci. V případě, že naše potřeba místa není dostatečně uspokojena a my v tomto ohledu strádáme, prožíváme deprivaci. Máme

pocity nejistoty a nedovedeme si dobře najít své místo, můžeme trpět pocity, že na tento svět nepatříme a že by nám jinde bylo lépe. S ohledem na krizovou intervenci se obava ze ztráty místa nebo zážitek ztráty může podílet na vzniku krize (rozvody, rozchody, vyloučení ze skupiny, ztráta zaměstnání, emigrace). Jako silný stresor pocítujeme ohrožení místa, které obýváme. U týraných a zneužívaných lidí se objevují pocity, že tento svět je špatné místo nebo že v něm pro ně místo vůbec není. (Lucká, Koblíř, 2003)

Potřeba podpory je uspokojována optimálně v prenatalním období a otřesení této podpory v průběhu porodu. V dětství potřeba podpory spočívá ve všech podnětech, které působí proti gravitaci – to, že nás rodiče nosí, houpou, zvedají... Pak jsme schopni se podporovat sami. V průběhu dětství se forma podpory adekvátně věku mění – z fyzické na více symbolickou – třeba povzbuzení. Jestliže je tato potřeba dobře uspokojena, pak se dokážeme podporovat v tom, co je pro nás dobré a přijatelné, ustát, když přichází silný podnět, ale také rozlišit, kdy jsme schopni situaci zvládnout sami a kdy si vyžádáme podporu z vnějšku. Tak se učíme podporovat záhy své okolí a posléze i vlastní děti. Když zažíváme deprivaci v potřebě podpory, zaznamenáváme pokles energie, případně projevujeme svoji energii neadekvátně – to způsobuje, že naše okolí reaguje spíše negativně, represivně. Naopak ve chvíli, kdy dítě zažívá přílišnou podporu, se může stát, že nebude umět stát na vlastních nohou a bude do budoucna závislé na ostatních. Také neadekvátní uspokojování potřeby podpory směřuje někdy ke krizím – například tehdy, když se nemáme v dospělosti o koho opřít, když nás někdo opustí nebo nám ublíží, máme tendenci nechávat se zneužívat a manipulovat a nebo toto činit druhým. (Lucká, Koblíř, 2003)

Potřeba péče je opět uspokojována nejlépe v prenatalním období a ještě je to umocněno tím, že se o nic nemusíme snažit. Po narození jsme krmení a zkušenost s tím, jak jsme krmení je důležitá. Kromě jídla jsme dále krmení podněty a ty by měly být vhodné, obohacující, protože pak dovedeme svět vnímat jako místo, které je dobré, kde nám to chutná a kde si můžeme vybírat to, co nám přijde vhod. Nakonec se sami naučíme krmit se podněty a vidíme svět jako zábavné a příjemné místo a jsem spontánní. Když zažíváme deficit v uspokojování potřeby péče, máme potíže pečovat o druhé, protože jsme to sami nezažili, nedovedeme vytvářet blízké vztahy nebo vztahy s kamarády, máme pocity prázdnoty a nudy – to může vést k tomu, že svůj prostor zaplníme něčím neadekvátním (toxické látky, sebepoškození). Pokud zažíváme namísto péče emoční zranění, můžeme mít tendenci se uzavírat do sebe. (Lucká, Koblíř, 2004)

Potřeba bezpečí je po narození uspokojována blízkými lidmi. Potřebujeme, aby nás ochránili proti vlivům vnějšího světa, které nám mohou uškodit. Pokud toto probíhá

adekvátně, je svět pro dítě místem, kde jsou i nebezpečné věci, ale dovede je rozeznat a dělat něco pro to, aby se jim vyhnulo a nebo je prozkoumalo bezpečným způsobem. Některé věci musíme dítěti zkrátka ozřejmit jako nebezpečné. Když dítě nezažívá pocity bezpečí a nedostane adekvátní výchovu, aby dovedlo rozeznat, co je pro něj bezpečné a co ne a jak se má chovat, nerozlišuje bezpečí od nebezpečí a vystavuje se ohrožujícím situacím, kontaktům, zraněním... To je příznačné pro děti týrané nebo zneužívané, s kterými se často setkáváme v krizové intervenci. (Lucká, Koblíková, 2004)

Potřeba limitu se týká ne obsahu (jako předchozí potřeby), ale jejich formy. Jde o to, kdy je uspokojování potřeb adekvátní a kdy už ne směřem k nedostatku nebo přebytku. V životě nezažijeme ideální dětství s ideálními rodiči, ale jde o to, které zážitky, zda uspokojující nebo naopak neuspokojující, převažují. Pokud převažují uspokojující zážitky, pak při setkání s těžkou situací můžeme využít svoji energii s vnitřním přesvědčením, že každé trápení má svůj konec a že na jeho řešení nejsme sami – že to má nějaký limit. Pokud se tak ale nestalo, pak jsme vybaveni emoční a tělovou zkušeností, že když se stane něco těžkého, nemá to hranice a jsme proti tomu bezmocní. Když malé dítě například pláče a volá tím o pomoc a té se mu dostane, má do budoucna zážitek, že vynaložilo sílu, která může přinést změnu k lepšímu a že to celé má smysl. Jestliže dítě pláče, vynakládá svoji energii a pomoc nepřichází, je to pro něj zpráva, že jeho energie není účinná a že nemá smysl očekávat změnu k lepšímu. Má potom pocit, že je bezmocné a ačkoli má energii, že je mu k ničemu. Děti, které vyrůstají s rodiči, kteří prošli těžkostmi a dovedli si s nimi nějak poradit, ať už sami nebo s pomocí, jsou méně ohroženi krizí, protože mají tu zkušenost a mohou z toho čerpat do svého života. V krizové intervenci se ovšem setkáváme spíše s lidmi, kteří v dětství takové štěstí neměli. (Lucká, Koblíková, 2004)

2. 2 Edukační prvky v krizové intervenci

V krizové intervenci pracujeme často s klienty, kteří prožívají velký smutek, vztek, zmatek, bezmoc. Je vhodné ozřejmit klientovi, že není blázen, že se nyní nachází v krizovém stavu a to, co se mu děje, že s tímto stavem souvisí. Klientovi se uleví, když jeho pocity a aktuální chování zlegalizujeme jako něco, co je v krizové situaci normální. Pokud uznáme za vhodné a je-li to třeba, edukujeme také blízké klienta, kteří s ním jeho problém sdílejí. (Vodáčková, 2007) V českém prostředí není zcela běžné, oproti systému krizové pomoci například v USA, že by klient dostal k dispozici literaturu, aby se mohl zorientovat ve svém tématu a posléze dohodnuté téma společně konzultovat ještě navíc k přímé pomoci pomáhajícího. Je tedy především na nás, abychom ozřejmili klientovi, že to, co se mu děje,

také odezní, že to není trvalý stav a že krize zkrátka jednou skončí. Tím dáváme klientovi pocit naděje na změnu k lepšímu.

3 Průběh krizové intervence tváří v tvář a průběh telefonické krizové intervence

Krizová intervence tváří v tvář a telefonická krizová intervence mají mnoho společného. Specifikem telefonické krizové intervence je například to, že máme k dispozici především na akustické signály. (Vodáčková, 2007) Z průzkumu zjišťujícího postoje studentů humanitních oborů ke krizové intervenci vyplývá, že telefonickou krizovou intervencí by využili ze začátku než by měli odvahu sejít se s krizovým pracovníkem osobně tváří v tvář a jako motiv uvádějí studenti větší možnost zůstat zcela anonymní. Často lidé nejprve zavolají na linku důvěry než přijdou osobně. Adolescenti mají tendenci zprvu testovat krizové služby různými telefonáty než se rozhovoří o svém tématu.

3. 1 Krizová intervence tváří v tvář

V krizové intervenci tváří v tvář je důležitá příprava konzultace a zabezpečení základních potřeb klienta. Dodržujeme zásadu nejen dostupnosti krizové intervence po stránce materiální, ale zároveň respektujeme klienta jako kompetentního a ctíme v komunikaci s ním obyčejnou lidskou slušnost. Klient by měl mít pocit, že je ve srozumitelném a přátelském prostředí, měli bychom mu nabídnout tekutiny, v čekárně bychom měli mít dostatek kapesníků, ale také informací o zařízení, kde se klient právě nachází. Klient by měl od nás mít informaci jako dlouho bude čekat, kdo s ním bude mluvit, na koho se může v případě potřeby obrátit.

Po setkání a seznámení s klientem společně sepíšeme kontrakt, který zahrnuje mimo jiné informaci o délce sezení, zda je konzultace bezplatná či zda je hrazena zdravotní pojišťovnou. Opět dbáme na bezpečí, které klient potřebuje, nabídneme místo, kam si může klient sednout, na stole by měly být papírové kapesníčky, pohárek s vodou.

Začínáme rozhovor nad tématem klienta, zpočátku pomáháme klientovi otázkami. Zde se nabízí otázky směřující k získání informací o klientovi, jako je věk, rodinný stav, sociální situace kolem klienta, zaměstnání nebo studium. Kromě toho zjišťujeme základní souvislosti a okolnosti, které událost urychlily.

V další části rozhovoru se ptáme na klientovo očekávání a zakázku. Pokud se klientovi nedaří očekávání a zakázku formulovat, můžeme pomoci nabídkou více možností, z nichž i klient vybere, případně se díky tomu lépe v tématu zorientuje.

Oproti psychoterapii se v krizové intervenci využívá nabídka katastrofického scénáře. Má zde své velké opodstatnění. Potřebujeme klienta provést tím, co je pro něj nebezpečné, protože toho se klient nejvíce bojí. Často je práce s katastrofickým scénářem nakonec úlevná.

Je užitečné zeptat se klienta na jeho zkušenost s podobnou situací, se kterou k nám nyní přichází, v minulosti a zjistit, co mu tenkrát pomohlo.

Protože předpokládáme, že každý příběh klienta má svůj vztahový rámec a svoji historii, snažíme se zjistit podloží klientova problému.

Než konzultaci s klientem ukončíme, vrátíme se ještě zpět ke klientově zakázce a hovoříme o tom, co klient potřebuje k tomu, aby svoji zakázku mohl vyřešit. Je možné nabídnout další konzultaci, někdy si o ni řekne sám klient. Můžeme se také dohodnout na tom, o čem chce klient příště hovořit. (Vodáčková, 2007)

3.2. Telefonická krizová intervence

V telefonické krizové intervenci, například na lince důvěry, pečujeme o komunikační prostor. Ten je zahájen klientem ve chvíli, kdy zavolá a my zvedneme sluchátko a zahájíme rozhovor a končí ukončením rozhovoru. Komunikační prostor je místo, kde klient může hovořit o svém tématu a tento prostor je velmi křehký. Úkolem pracovníka v telefonické krizové intervenci je ponechat klientovi takový prostor pro komunikaci, aby se v ní klient cítil bezpečně, ale aby se v něm zároveň neztrácel. Rozhodně by neměl klientovi ubírat komunikační prostor například tím, že bude hovořit o svých tématech – byť by byla tématu klienta velmi podobná, případně bude vystupovat jako expert na klientův problém – tím můžeme dávat klientovi najevo, že není kompetentní a komunikační prostor ubírá dále přílišná ochota a nebo naopak lhostejnost krizového pracovníka. V průběhu rozhovoru se klient i pracovník vzájemně ovlivňují – jsou v interakci.

Při zahájení rozhovoru je důležité ze strany pracovníka vhodné oslovení. Nejen to, co řekneme, když zvedneme sluchátko, ale také způsob sdělení do jisté míry limituje další průběh rozhovoru. Je také namístě dát klientovi čas, protože možná těžko sbíral sílu na to, aby zavolal a není schopen ihned kultivovaně a barvitě popsat svůj problém a otevřít své téma. Jestliže klient zpočátku mlčí, snažíme se naslouchat signálům jako je například dech a

zkoušíme dávat drobné podněty a zrcadlit, případně nabízíme možnosti, aby mohl rozhovor zdárně plynout. (Vodáčková, 2007)

3. 2. 1 Provázení, vedení a efektivní komunikace v telefonické krizové intervenci

Abychom navázali srozumitelný a kvalitní kontakt s klientem, měli bychom reagovat na klienta, na jeho způsob projevu a snažit se vytvořit pro něj bezpečné prostředí, aby mohl dosáhnout změny. K tomuto využíváme zpravidla techniku provázení a vedení.

Provázení spočívá podle Dvořáčka (Dvořáček in Vodáčková, 2007) ve zpětnovazebném následování klientova zjevného chování a to na obou úrovních komunikace – verbální i neverbální. Klienta provázíme empatickým nasloucháním, zrcadlením. Tím dáváme klientovi najevo, že chápeme, jak se cítí a zároveň mu poskytujeme možnost uchopit své pocity a pojmenovat je.

Vedení navazuje na provázení a prostřednictvím otázek nebo formulací, které rozvíjejí dialog, vede chování klienta žádoucím směrem. Klientovi se tím rozšiřuje percepční pole a usnadňuje se jeho kontakt se sebou samým. K vedení zahrnujeme rekapitulaci, parafrázi, kotvení a zhodnocující formulaci. (Vodáčková, 2007)

3. 2. 2 Typy otázek v telefonické krizové intervenci

Abychom mohli společně s klientem hledat cestu k řešení jeho problému, je zapotřebí získat informace o klientovi a tématu, s kterým nás kontaktuje. K tomu slouží čtyři skupiny otázek:

- Lineární
- Strategické
- Cirkulární
- Reflexivní

Ze začátku rozhovoru využíváme zejména otázek lineárních, protože jsou pro klienta srozumitelné a přehledné. Využíváme jich s cílem zmapovat klientův problém a situaci kolem klienta. Kromě lineárních otázek je od začátku rozhovoru třeba reflektovat klientovy pocity a rekapitulovat klientovo sdělení.

Strategické otázky jsou dobrým pomocníkem tehdy, když potřebujeme rozhovor posunout směrem kupředu, zmobilizovat klienta, když chceme otázkou nabídnout řešení. Je

důležité uvědomit si a také opatrně zacházet s tím, že klient má v rámci tohoto typu otázek méně prostoru a krizový pracovník za něj přebírá iniciativu.

Cirkulárními otázkami sledujeme rozšíření pohledu klienta a zahrnutí vztahového systému klienta do rozhovoru. Ptáme se na to, kdo ještě si s problémem klienta dělá starosti, co se děje, když okolí vnímá klientův problém apod. Jde nám více než o to, proč vznikl problém, o vztahy a souvislosti událostí kolem klienta a problému.

Dotazy na možnou budoucnost klienta ve vztahu k jeho potížím jsou reflexivní. Ptáme se klienta na to, co by bylo, kdyby... Záměrem těchto otázek je usnadnit změnu v životě klienta. (Vodáčková, 2007)

4 Trauma jako téma krizové intervence

Trauma má velkou historii, nacházíme ho v archetypech, v pohádkách. Naši předkové věděli mnoho o tom, jak asistovat těžkým věcem. V některých kulturách pracují s traumatem šamani. Také se někdy liší postoj k traumatu podle archetypu.

Traumatizovaní jsme, když se dostaneme do kontaktu s něčím, co nás zraňuje. Nejvíce jsme zranitelní v interakci s lidským působením a nejhůře to vnímáme, když je to způsobeno úmyslně.

4.1 Akutní reakce na stres, vznik traumatu

Zpravidla rozlišujeme dva typy akutní reakce na stres. První reakcí je typ A (například útok, útek) a druhou reakcí je typ B (strnulost, nehybnost - tzv. mrtvý brouk). Trauma významně souvisí s druhým typem reakce, zároveň předpokládáme vznik posttraumatické stresové poruchy.

V adekvátním vztahu dvou lidí, jedince a prostředí zažíváme satisfakci – pasují do sebe tvar a proti tvar. Jestliže je vztah neadekvátní ve smyslu frustrace, pak zažíváme nedostatek, deprivaci, něco nebo někdo nám schází. Traumatizace je příkladem neadekvátního vztahu ve smyslu pronikání (intruze) v rovině tělové, citové nebo kognitivní. V tomto případě se jedná o nerespektování našich potřeb a hranic našeho světa – intruzivní působení vnějšího světa do vnitřního světa jedince. Bohužel se toto děje častěji než bychom si rádi připustili a traumata se ukládají dále do genetických informací a přenáší se tak přes generace. Tak je možný generační přenos traumat ze světových válek. (Herman, 1997)

4. 2 Trauma a traumatizace

Trauma jako zkušenost se objevuje jako část energie zablokovaná v člověku, na kterou daný jedinec nemá mechanismus a nemůže se na ni adaptovat. Traumatická krize postupuje tak rychle, že například oproti zátěži a situační krizi nestihneme využít coping mechanismy. Opět je třeba brát v úvahu, že to, zda bude podnět pro jedince traumatogenní, záleží na jedinci samotném.

Trauma má neurofyziologickou a behaviorální složku. Neurofyziologicky dochází ke zvýšené dráždivosti a tím pádem zvýšené energii a nebo naopak k odtažení a tím pádem se energie sníží. V rovině chování jde buď o opakování, vtíravost (a to v oblasti myšlení, emocí i chování) a nebo se jedná o vyhýbání, tendenci nemít s tím nic společného. Pro trauma je příznačné, že se obtíže střídají, což je pro jedince velmi energeticky náročné. Naproti tomu pro léčbu traumatu je větší potíže, když jedinec ulpívá právě v jedné rovině. (Rothschild, 2000)

4.3. Faktory ovlivňující trauma

Trauma ovlivňuje již samotná událost – její intenzita, délka a frekvence. Dále je důležitým faktorem sám jedinec – jeho věk, odolnost vůči zátěži, předchozí fyzické a duševní zdraví. Roli hraje také životní kontext v době traumatu, zkušenosti z minulosti zahrnující v obecné rovině úspěch a selhání. Do jisté míry je třeba brát v úvahu naučené dovednosti ve zvládnutí traumatogenních událostí. Limitující pro vznik traumatu je důvěra jedince v sebe sama a dostupnost zdrojů obrany. Tyto zdroje jsou externí a interní povahy.

4. 4 Traumatogenní podněty

Již bylo zmíněno, že záleží na jedinci, zda podnět bude pro něj traumatizující či ne. K podnětům, které mohou být potenciálně traumatizující patří nitroděložní trauma, porodní trauma a pobyt v inkubátoru (zde jde o deprivaci v kombinaci s traumatem – dítě není v bezprostřední blízkosti matky a je často nutné využít intruzivních přístrojů), hospitalizace a některé lékařské, chirurgické a stomatologické zákroky (například vynětí nosních či krčních mandlí), celková anestezie, při které může dojít k dočasné ztrátě prožitku tělesného schématu. Dalšími podněty jsou choroby, vysoké teploty a náhodné otravy, dlouhodobá nehybnost a zasádování či fixace končetin. Jako potenciálně traumatizující označujeme ztrátu rodiče nebo blízké osoby, nehody, fyzická zranění, fyzická týrání, sexuální zneužívání, emoční zneužívání, přepadení, únos, nasazení pout, přítomnost při násilném aktu. Do skupiny rizikových podnětů patří neúmyslné zabití (většina řidičů nezabije úmyslně, je jen mizivé procento agresorů, kteří cíleně někoho přejedou autem), trestný čin blízkého člověka, nevěra,

rozvod, rozchod, opuštění, přetahování o dítě (v souvislosti například se syndromem zavrženého rodiče), potrat, interrupce. Dále je třeba zmínit přírodní katastrofy, požáry, ale také zmizení někoho s absencí informací – pro rodiče uneseného dítěte, které se nikdy nenašlo je nesmírně těžké vyrovnat se s tím, že buď žije nebo ne. K rizikovým faktorům řadíme také odkrytí tabuizované informace, například o adopci dítěte, trestném činu, sexuální identitě a kromě umírání a pocitu umírání stojí za zmínku také indoktrinace a „vymývání mozků“ (různé sekty, kde postupně ztrácíme svoji identitu). (Rothschild, 2000)

4. 5 Symptomy traumatu

Zpočátku je trauma provázeno nadměrnou dráždivostí, stažením, disociací včetně popření, pocitu bezmoci. Následuje nutkavé znovuprožívání (flashbacky), nadměrná citlivost na světlo a zvuky, hyperaktivita, nadměrná ostražitost (zvýšená až nutkavá orientační reakce), přehnané emoční reakce (i směrem k pracovníkovi krizové intervence), noční můry a strach ze tmy (zejména v prvních 48 hodinách – je vhodné, aby klient nezůstával v tomto období sám), náhlé výkyvy nálad a energie (tzv. nepřiléhavé emoce), těžkosti se spánkem (strach usnout) a snížená schopnost zvládat stres (máme pocit, že už nic neuneseme, ani v rovině informací...).

O něco později pozorujeme ataky paniky, úzkost, fobii, duševní „prázdnost“ nebo stavy „zamlženosti“, kdy si klient nic nevybaví, vyhublé chování v určitých podmínkách a přitahování nebezpečnými situacemi (energie si hledá neadekvátní spouštěč k vybití), častý pláč, zvýšená nebo naopak snížená sexuální aktivita (s tendencí nemít při tom intimní kontakt). Patří sem dále amnézie a zapomnětlivost, neschopnost milovat, pečovat o druhé nebo navazovat kontakt (snížení bezprostřední vřelé náklonnosti, matka se nemazlí s dítětem tak, jako obvykle, partnerka, co necítí nic v intimním prožitku, jedinec necítí lásku k lidem, ke kterým ji dříve cítil, rodiče si přestanou hrát s dětmi...), strach z intimity, strach z toho, že se zblázníme (že jsme nějak a něčím divní) a ztráta zájmů.

K následujícím symptomům patří přílišná stydlivost (klient nemůže sám sebe vidět nebo nesnese, aby ho viděl partner) a nebo naopak stud naprosto chybí, chybějící nebo snížené emoční reagování, neschopnost dodržet závazky, chronická únava, respektive nedostatek fyzické energie (často je ale diagnostikován u klienta tzv. únavový syndrom). Trauma bývá také doprovázeno sebepoškozování, sebevražednými myšlenkami, tendencemi a pokusy, problémy s imunitou a endokrinními potížemi, psychosomatickými obtížemi v podobě bolestí hlavy, krční páteře, astmatu, problémů s trávením, premenstruačním syndromem. Klient trpí často pocitem blízkého konce, bývá depresivní, zažívá pocitu

prázdnoty (tento stav je důležité rozlišit od deprese jako takové, abychom klienta nepoškodili nevhodným podáním medikace), mívá pocity odcizení, izolace (klient drží pouze vnější funkčnost, ale uvnitř nic necítí – u traumatizovaných jedinců se pak setkáváme s tím, že nic necítit je nejhorší, takže se v případě týrání raději nechají bít, případně experimentují s návykovými látkami, které jim zprostředkují alespoň na čas barevné prožitky...) a projevuje snížený zájem o život. (Levine, 1997, Rothschild, 2000)

4.6 Síla versus zranitelnost, vnímavost, citlivost na podněty v kontextu s vývojovým traumatem

Jako sílu využíváme energii k tomu, abychom upevňovali co je v nás a zároveň reagovali a tvořili okolí kolem sebe. Síla a zranitelnost jsou dva proti póly energie. Svět kolem sebe přijímáme do sebe samého skrze dvě formy – hmotnou (jídlo) a duševní (zážitky).

Traumata, která se dějí v dětství jsou většinou záměrná. Patří sem zacházení s obětí jako s objektem v rámci zneužívání (fyzické, sexuální, psychické) . Rozdíl tkví v tom, že pokud je traumatizován dospělý, trauma narušuje již vytvořenou strukturu osobnosti. V dětství ale trauma vytváří deformovanou strukturu osobnosti, protože struktura osobnosti dítěte je zatím neadaptovaná, ego se teprve vytváří v interakci s okolím, teprve budujeme myšlení a vědomí sebe sama a odlišnost od druhých. O naše hranice se zatím někdo stará, aby nedošlo k poškození tělesné integrity a aby se mohlo tvořit naše prožívání – identita. Pokud se to děje v souladu s respektováním těchto hranic a my můžeme za pomoci blízkých budovat naše ego, je vše v pořádku.

Problém nastává tehdy, když nám blízcí tvořit ego nepomáhají. Pak dochází ke vzniku egem neohrazené energie duše. Můžeme směřovat ke zranitelnosti a bojíme se světa i sebe. Ego je narušováno směrem dovnitř (dochází k masivnímu stažení od vztahů, světa, života) a nebo ven (dochází k masivnímu otevření se – vzdáme se necháme to působit, přizpůsobíme se, sami se sebou zacházíme jako s objektem). Můžeme se ale posunout směrem k síle a vnitřně spoléháme jen na sebe, máme snahu být co nejvíce kompetentní. Ve vztahu k vnějšku jsme v roli spasitele nebo naopak diktátora, jakkoli máme velké charisma.

4.7 Paměť u traumatu

Trauma je událost, která s sebou nese neschopnost využívat digitální (explicitní) paměť. Jsme-li traumatizovaní, dovedeme využívat paměť implicitní. To je důvodem toho, že si nepamatujeme události ve svém sledu, nemusíme vědět kdy, co a jak se stalo, kdo tam byl, ale jsme schopni si pamatovat, jak jsme událost prožívali. To bývá častým problémem u

znaleckých posudků, kdy je kladen důraz na digitální složku paměti. Řada policistů je toho názoru, že by velmi uvítali spolupráci krizových pracovníků v problematice domácího násilí, týrání a zneužívání či v problematice dopravních nehod a nebo alespoň krátké proškolení jak pracovat s klientem, který takovou událost prožil.

Sami klienti často přijdou s objednávkou, že chtějí vědět, jak to vlastně bylo, chtějí znát pravdu o tom, co se jim stalo. V tomto případě je namístě nechat klienta hovořit (někdy si klient potřebuje svůj příběh přerýkat) a ubezpečit ho, že je v takové situaci normální, že si všechno přesně nepamatujeme a že něco si pamatujeme pouze na úrovni pocitů. Pracujeme s klientem na tom, aby byl schopen přijmout to, co prožil a neklademe důraz na rozkrývání detailů příběhu.

4. 8 Téma přenosu a protipřenosu v kontextu traumatu

Při práci s traumatizovaným klientem respektujeme skutečnost, že nás klient vnímá jako autoritu, nicméně bereme v úvahu také to, že klientova zkušenost s autoritou je nějakým způsobem deformovaná. Může se bát, může se zlobit, protože nás považuje za onnipotentní a očekává, že je naší povinností mu pomoci a že bude pouhým konzumentem. Někdy má tendenci krizového pracovníka degradovat, nenávidět a tím ho dostat do svých vlastních pocitů bezmoci a úzkosti. Vývojově traumatizovaní lidé jsou velmi senzitivní na neverbální signály krizového pracovníka, dovedou odčítat předem – brání se tím tomu, aby se nedostali do bezmocné pozice, zkoumají každé slovo a gesto, protože nevěří v dobré úmysly pomáhajícího.

U protipřenosu je třeba zohlednit, že zdaleka ne vše, co si o klientovi myslíme a jako ho vnímáme, souvisí pouze s klientem. Je vhodné věnovat se paralelně prožívaným emocím a procesům a dávat si na ně pozor. Někdy je vhodné klienta předat jinému pracovníkovi.

6 Psychohygienu krizových pracovníků a prevence syndromu vyhoření

V krizové intervenci jsme ohroženi syndromem vyhoření z mnoha důvodů. Obecně spadá krizová intervence do spektra pomáhajících profesí. Dalším důvodem je skutečnost, že až na výjimky se v rámci krizové intervence setkáváme s klientem, který v některé oblasti velmi strádá a tím pádem je spolupráce náročnější. Intenzita klientova problému a často těžká témata, která se odehrála nezřídka v dětství jsou další faktory, které upozorňují na riziko syndromu vyhoření. V neposlední řadě pracujeme s klientem v akutní fázi jeho problému a ve

chvíli, kdy se klientovi začne dobře dařit a my můžeme vidět výsledky své práce, klient z naší péče odchází. Poměrně zřídka dostáváme také v krizové intervenci zpětnou vazbu od klienta, že je mu lépe, že se mu dobře žije – ve chvíli, kdy je schopen takového sdělení je často již v následné terapeutické péči a nebo se vrátil do běžného života. Z výše zmíněných důvodů je vcelku vhodné, aby se pracovníci krizové intervenci nevěnovali na celý pracovní úvazek, ale aby práci s klientem v krizi vyvažovali například prací s klientem v rámci psychoterapie, kde mohou výsledky své práce snáze vidět a kde je klient sdílnější v rámci zpětné vazby.

Kromě vyvážené péče o klienta je důležité, aby krizoví pracovníci pečovali sami o sebe. V rámci psychohygieny je důležité střídání činností – ještě stále se setkáváme v českém prostředí s názorem, že když někdo střídá zaměstnání, že je něco špatně. Z hlediska psychohygieny je to opodstatněné, je namístě občas změnit zaměření, téma, pracovní místo, cestovat a sbírat zkušenosti v okolí, v zahraničí. Zde vnímáme změnu jako možnost rozvoje.

Měli bychom také pěstovat naše zájmy, věnovat se tomu, co nás zajímá a baví, odpočívat – je to určitý způsob relaxace – přičemž se vhodnější zdají aktivity, při kterých snižujeme tělesné napětí (jóga, plavání). Minimum, které bychom si v tomto ohledu měli dopřát je alespoň 45 minut týdně. Také bychom se měli sytit dostatečně hodně a dostatečně dobrými podněty.

Ze zkušeností pracovníků v pomáhajících profesích vyplývá, že téměř 100 % zátěží vzniká v návaznosti na tým a systém. S tím někdy můžeme něco udělat a třeba nevíme jak na to a někdy je to mimo naši kompetenci cokoli měnit. Jako nejzásadnější faktory pro vznik syndromu vyhoření můžeme zmínit nejasno ve vztazích na pracovišti, nejasné kompetence pracovníků a jejich překrývání, zkušenost, že naše práce není viděna nebo je viděna jako nehodnotná, je nedostatečně ohodnocena, předsudky mezi pracovníky v rámci profesí. Ohrožující je také to, že můžeme po čase vidět svět jako takový skrze krize našich klientů.

Jako prevence kromě výše zmíněného sycení dobrými podněty, odpočinku, pěstování zájmů, rozšiřování obzorů slouží také dovednost ukončit svoji práci – ve smyslu toho, že jsme pro klienta udělali, co jsme mohli, napsat si pár poznámek, shrnout své pocity o čem bychom mohli mluvit příště, podtrhnout si je a odejít z práce domů. Je namístě, ačkoli to naše společnost opět nevnímá zcela s nadšením, se umět pochválit a mít radost, a projevit ji, když se máme dobře.

7 Příklady témat z oblasti krizové intervence (modelové situace)

Kasuistika 1

Klientka, 30 let, vdaná, SŠ, pracovala před MD v ekonomické sféře. Nyní na mateřské dovolené, syn - 3 roky. Manžel agresivní, obzvláště, když pije, svoji ženu tluče, někdy před synem, jindy používá svého syna jako štít – vyhrožuje své ženě, že o syna přijde, když to na něj někde řekne...

Paní přichází se synem, pláče, klade si situaci za vinu, chce pro syna klid, ale má strach cokoli udělat, bojí se manžela. Říká, že tohle už dlouho nevydrží, ale že skoro nemá sílu cokoli udělat. Má strach, že i když se synem odejdou, že si je manžel najde...

Úkoly

- Jaké máme fantazie a obrazy ve vztahu ke kasuistice (k matce, synovi, otci – jak celou situaci prožívají, fantazie o chování...)
- Jak zahájíme kontakt s klientkou
- O čem a jak budeme s klientkou mluvit (např. v rámci edukace)
- Co bychom neměli zapomenout matce nabídnout
- Jak můžeme pomoci poradensky
- Jaké chyby se zde mohou stát a co můžeme udělat, aby k tomu nedošlo

Kasuistika 2

Klient, starší muž, dobře zavedenou firmu předal jednomu ze svých synů, nyní je on sám v důchodu. Má ještě jednoho syna a dceru – ta žije v cizí zemi. Manželka před dvěma lety zemřela. Klient přichází ke krizové intervenci na pokyn svého rodinného lékaře, kterému se zdá neobvyklé chování (klient je zlostný, podrážděný) a zároveň klient vykazuje známky funkčních obtíží.

Klient nemá jasnou objednávku, přichází na pokyn lékaře, kterému se něco nezdá... Nechce moc o sobě mluvit, vše je přece v kartě od rodinného lékaře. Je podrážděný, nechce, aby s ním krizový pracovník ztrácel čas. Stejně si nikdo nedokáže o jeho situaci udělat jasnou představu...

Úkoly

- Jaké máme fantazie a představy o klientovi
- Jak zahájíme kontakt (na co budeme velmi dbát)
- Jak bude probíhat komunikace s klientem, o čem a jak budeme mluvit
- Co můžeme nabídnout jako edukaci
- Jakých chyb se můžeme jako krizoví pracovníci dopustit a jak těmto chybám můžeme předejít

Kasuistika 3

Klientka přichází se svou dcerou, dceři je nyní 9 let, byla zneužívána otcem – sdělila to mamince, žádost o rozvod, trestní oznámení na otce. Nyní je situace po materiální stránce zvládnutá, obtíže trvají u dcery, střídají se ve formě suicidálních tendencí, poruch příjmu potravy...

Klientka se při konzultaci neustále usmívá a sděluje krizovému pracovníkovi, že už je všechno v pořádku, akorát dcera ráno stála na parapetu v otevřeném okně a křičela, že chce skočit dolů, jindy zase sděluje, že je všechno v pořádku, akorát že dcera moc nejí...jindy, zase nemůže spát...

Dcera je hyperaktivní, o tom, co se jí děje nechce vůbec mluvit, verbálně probíhá komunikace velmi obtížně, nedaří se navázat bezpečný kontakt. Reaguje ale dobře na neverbální podněty, např. když může během sezení pracovat s prstovými barvami...

Úkoly

- Jaké máme dojmy, fantazie a obrazy o mamince a její dceři
- Jak můžeme pracovat s tím, když se maminka neustále usmívá a sděluje, že je vše v pořádku, akorát...
- Jak budeme maminku edukovat
- Jak budeme pracovat na navázání bezpečného kontaktu s dcerou (jaké techniky, jaký styl komunikace můžeme využít)
- Jaké chyby se zde mohou stát a co můžeme udělat pro to, aby k nim nedošlo